



**ELIZABETH ORDENS
CASTELO BRANCO**

**QUALIDADE DE VIDA E AJUSTAMENTO
EMOCIONAL EM DOENTES COM CANCRO
GINECOLOGICO E MAMA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação e Coorientadora e Professora Doutora Sara Otilia Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada, docentes do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedicado às minhas doentes e a todas as mulheres,
que para além de todas as suas outras responsabilidades,
tiveram que suportar o fardo pesado duma doença oncológica.

“...What is essential is invisible to the eye...”
Antoine de Saint-Exupery

“All that is worth doing, is what we do for others.”
Lewis Carroll

o júri

Presidente

Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres
Pires
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Mariana Vaz Pires Marques,
Investigadora na Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de
Aveiro

Agradecimentos

Agradecimentos muito especiais:

.... Às doentes que concordaram em participar neste estudo, que assim o tornaram possível.....

....À Professora Doutora Anabela Pereira e Professora Doutora Sara Monteiro pelo profissionalismo, disponibilidade e orientação que foram fundamentais,

....À importante colaboração de Dr^a Filipa Aires, aluna de mestrado da universidade de Aveiro, cujo a colaboração foi essencial para o termino deste trabalho,

...À Universidade de Aveiro: Departamento de Estática, Informática e Biblioteca;

....Aos Médicos e Enfermeiros do IPO, especialmente aos do Serviço de Ginecologia, pela dedicação e profissionalismo,

....À Direção do IPO e Departamento de Formação por entender a necessidade deste trabalho e o autorizarem,

....A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho

E especialmente a toda a minha família, pois tudo o que fomos, todo que somos e todo o que seremos...a eles o devemos.

palavras-chaves

Qualidade de Vida, Ajustamento Emocional, Ansiedade, Cancro Ginecológico, Mama

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e ajustamento emocional aquando o diagnóstico e tratamento de sobreviventes de cancro ginecológico e da mama. Deste modo, foram examinadas as reações ao diagnóstico, tratamento e sobrevida, com o propósito de avaliar a relação entre a qualidade de vida e o ajustamento emocional à doença; sendo expectante quanto maior for a adaptação menor será a ansiedade, depressão e sintomatologia psicossomática. A amostra foi recolhida no Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra onde foram entrevistadas 100 mulheres da consulta externa com patologia oncológica do colo, endométrio, ovário ou mama. Os instrumentos utilizados foram: Questionários Sociodemográficos, Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar, European Organization for Research and Treatment of Cancer- Questionários de Qualidade de Vida- qualidade de vida/core-30 com as subescalas: cervix-24, ovario-28 e mama-23; muitas conseguiram responder em formato de auto-resposta. Os dados revelaram que mais de metade das participantes da amostra referiu a necessidade de apoio profissionalizado. Os seguintes dados foram estatisticamente significativos: ansiedade e a depressão correlacionaram-se negativamente na qualidade de vida e no ajustamento emocional. A depressão também teve correlação negativa em relação à capacidade física, funcional e cognitiva. Não foi verificada relação significativa entre a ansiedade e a sintomatologia. No entanto, a depressão relacionou-se significativamente com a fadiga, dor, insónias e obstipação. Nos questionários referentes à mama, a ansiedade correlacionou-se negativamente com a imagem corporal, funcionamento sexual, satisfação sexual e perspetivas futuras. A depressão, neste grupo, correlacionou-se com a imagem corporal, funcionamento e satisfação sexual, perspetivas futuras e maior sintomatologia secundários. A idade teve impacto negativo na qualidade de vida global, capacidade física, satisfação e funcionamento sexual; e impacto positivo na depressão, capacidade social e com a perceção de sintomas. A escolaridade teve impacto negativo com a depressão e perceção de sintomas e positivo com a qualidade de vida global capacidade física e funcional, função e satisfação sexual. Como conclusões, no sentido de promover melhor qualidade de vida das sobreviventes do cancro ginecológico e da mama, são referidas medidas como o desenvolvimento de programas de intervenção cognitiva-comportamental e psicologia associada para mulheres que evidenciem maior vulnerabilidade psicológica.

Keywords

Quality of Life, Emotional Adjustmente, Anxiety,Gynecological Cancer, Breast

Abstract

The objective of this study was to evaluate the quality of life and the emotional adjustment of women with gynaecological cancer including breast, examining their reactions to the diagnoses, treatment and overall-survival. The author's expected that a higher emotional adjustment would lower the anxiety levels along with depression and psychosomatic symptoms and would therefore, better the quality of life. Method: This study consisted in interviewing one-hundred women, that at some time in their lives were confronted with cancer either of the cervix, endometrium, ovarian or breast; these women were interviewed in different faces of their disease and many were able to fill in all the questionnaires by themselves. The research took place in the outpatient ward of the Department of Gynaecology, of the Portuguese Institute of Oncology of Coimbra, Portugal. The Scale Instruments used in this interview where the following questionnaires: social-demographic questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire-Core 30 including the following subscales: Cervex-24, Ovary-28 and Breast-23. Results: After examining the data of 2 questionnaires and 23 subscales the authors found to be true that more than half of the population studied clearly emphasized their further need for professional health. The data showed that depression correlated negatively with the quality of life, emotional, physical, role and cognitive functioning. The correlation was also negative for body image, sexual function and future perspectives. On the other hand, correlation was positive for symptoms like fatigue, pain, insomnia, constipation, systemic side effects to therapy, breast and arm symptoms. Anxiety also correlated negatively with quality of life and emotional functioning; along with body image, sexual function and future prospectivs. Age had a negative effect on Quality of life; however, the data showed a positive effect on social function. Lastly, a higher educational level was positively correlated with the quality of life, physical functioning and overall role functioning. All statistically relavente. An attention, therefore, is made to all health professionals that work with oncology patients in order to offer them further and more specific help developing interactive programmes.

ÍNDICE

Índice de Tabela

Lista de Nomenclaturas

Introdução	1
Objetivos	4
Metodologia	4
Amostra	4
Instrumentos	5
Procedimentos	7
Resultados	8
Discussão	11
Referências bibliográficas	15
Anexos--Tabelas	

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra

Tabela 2 – Características Clínicas da Amostra

Tabela 3- Correlação entre as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de Funcionamento do QLQ-C30

Tabela 4.- Correlação entre as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de Sintomatologia do QLQ-C30

Tabela 5- Correlação entre as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de Funcionamento e Sintomatologia do QLQ- BR23

Tabela 6- Correlação entre as variáveis demográficas Idade e Escolaridade, e as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de Funcionamento do QLQ-C30

Tabela 7 – Correlação entre as variáveis demográficas Idade e Escolaridade, e as dimensões de *Sintomatologia* do QLQ-C30

Tabela 8 – Correlação entre variáveis demográficas Idade e Escolaridade e as dimensões de *Funcionamento e Sintomatologia* do QLQ-BR23

LISTA DE NOMENCLATURA:

ACS-Sociedade Americana Cancro
DP2 - Depressão (EADH)
EADH - Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar
FS - Fatores sociodemográficos
QLQ-QualityLife // **QdV**--Qualidade Vida
WHO - World Health Organization-OMS

AP- Appetite loss-falta de apetite
CF-Cognitive function-funções cognitivas
CO-Constipation-obstipação
DI-diarrhoea-diarreia
DY-dyspnoea-dispneia
EF-emotional functioning-funcionamento emocional
FA-fatigue-fadiga
FI-financial difficulties-dificuldades financeiras
GH-Global Health status- saúde geral
NV-nauseas e vômitos
PA-pain-dor

PF-physicalfunctioning-funcionamento físico
RF-Capacidade de funcionamento
SF_social functioning-funcionamento nível social

Breast Scale- Mama:
AS-arm symptoms-sintomas a nível de braço
BI-body image-imagem corporal
BS-symptoms breast-sintomas a nível de mama
FU-future perspectives-perspectivas futuras
HL-hair loss-preocupação com perda de cabelo/alopecia
SEE-sexual enjoyment-satisfação sexual
SEF-sexual function-funcionamento sexual
ST-systemic therapy side effects- efeitos secundários de terapia sistémica

TAC:Tomografia computadorizada
RMI-Ressonância magnética

Introdução

A Agência Internacional para Pesquisa e Investigação sobre Cancro-World Health Organization /OMS verificou, após a análise de dados internacionais em 2012, que os cânceros Ginecológicos incluindo Mama revelaram uma taxa de incidência mundial de 71.7/100.000 mulheres por ano. O cancro da mama é o segundo cancro mais comum no mundo e o mais frequente entre as mulheres, com uma estimativa de 1.67 milhões de novos casos diagnosticados, os estudos revelaram uma taxa de incidência de 74.1/100.000 para países desenvolvidos. Dos cânceros ginecológicos o cancro do útero é o mais frequente em países desenvolvidos (14.7/100.000 mulheres), seguido pelo cancro do colo do útero (9.9/100.000 mulheres) e cancro do ovário (9.1/100.000). A nível global tem se vindo a verificar que o cancro da mama e do colo do útero são os cânceros mais frequentes nas mulheres jovens (15 e 39 anos), (Ferlay et al., 2010), o que significa que muitas das mulheres diagnosticadas estão em idade fértil e vão necessitar de tratamentos para preservar a fertilidade.

A Sociedade Americana de Cancro (ACS) também realizou uma estimativa anual referente a novos casos de cancro e mortes oncológicas. Um total de 1.660.290 novos casos e 580.350 mortes foram previstos nos Estados Unidos em 2013 (DeSantis, Ma, Bryan, & Jemal, 2014). Estima-se que uma em cada oito mulheres nos Estados Unidos irá desenvolver cancro de mama na sua vida (Siegel, Ma, Zou, & Jemal, 2013).

A publicação mais recente sobre taxas de sobrevivência, quer internacionais quer nacionais, encontra-se na Lancet Oncology, publicada em November 26, 2014, os números reportados, nesta base de dados foram, para cancro da Mama em Portugal de 47,868; cancro do Colo de 6,861 e do Ovario de 4,977, numa população de 10,776,872.-
- Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2).

O tratamento para o cancro da mama pode incluir cirurgia, tratamentos neoadjuvantes e adjuvantes (quimioterapia e/ou radioterapia) e cirurgia reconstrutiva. Estes procedimentos provocam alterações físicas e psicológicas drásticas traduzindo-se num elevado desgaste emocional (distorção da imagem corporal, baixa auto-estima, ansiedade, depressão, queda de cabelo-muito temido pelas mulheres). (Flynn et al., 2011; Carter, Stabile, Gunn, & Sonoda, 2013). Igualmente, o carcinoma do colo do útero também é um importante problema de saúde a nível mundial (Jemal et al., 2008). A sua incidência é muito variável, oscilando entre os 2.7 casos no hemisfério Norte,

duplicando no hemisfério Sul, África, América Central e Sul, e ficando em primeiro lugar nos países subdesenvolvidos. Como fator de risco epidemiológico de importância fundamental identificou-se a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). A drástica redução de incidência no hemisfério Norte ocorreu devido aos programas de rastreio citológico que, ao identificarem lesões pré-malignas, permitiram o seu tratamento precoce (Rock, Michael, Reynolds, & Ruffin, 2000). Tal como no tratamento da mama, o tratamento do colo do útero, endométrio e ovário podem incluir cirurgias radicais, complementadas, ou não, com quimioterapia e/ou radioterapia, mas que não têm o mesmo impacto na percepção de imagem corporal, traduzindo-se em menos queixas sobre a distorção de imagem; mas estão associadas a múltiplos sintomas como a fadiga, alterações intestinais, colite radica/vesical e disfunção sexual.

Neste último século, tal como referido acima, os avanços da Medicina tiveram um impacto visível no diagnóstico e tratamento de todas as doenças, em particular nas oncológicas. Isto deve-se às novas formas de rastreio, diagnóstico precoce, divulgação de informação e melhoria substancial da imagiologia (ecografia, mamografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética), cirurgias curativas, avanços técnicos e de instrumentos cirúrgicos, e descoberta de terapêuticas adjuvantes, como quimioterapia e radioterapia. Todos estes fatores contribuíram para a existência de um aumento significativo da sobrevivência mundial (Abu-Rustum et al., 2010).

Com o aumento do número de sobreviventes de doenças oncológicas, tem-se vindo a registar um aumento de sinais, sintomas e sequelas provocados pelos tratamentos. Pela sua pertinência, as investigações na área do cancro ginecológico têm vindo a incidir nas alterações dos sintomas, quer físicos quer psicológicos, e na sexualidade da mulher (Bardwell et al., 2004; Carver et al., 2005; Knopf, 2007; Tomich, Helgeson, & Nowak, 2005). Documentam-se assim, sintomas que incluem fadiga, alterações da capacidade funcional global, emocional, física, cognitiva, alterações do desejo sexual e prazer (Herrero, 2006). Estas sequelas são, não só físicas, mas também psicológicas, tornando-se difíceis de quantificar. Deste modo, considera-se pertinente discutir a qualidade de vida (QdV), ajustamento emocional e o *cooping*. A avaliação e análise destes parâmetros só são possíveis com recurso a questionários para se proceder à sua quantificação (Diener & Suh, 2000). As alterações psicológicas mencionadas, tais como a percepção negativa da imagem corporal e a perda de identidade sexual devido à amputação dos órgãos reprodutores, tornam-se causas comuns da rutura da sexualidade

(Gilbert, Ussher, & Perz, 2011), trazendo um impacto negativo na vida da mulher quer familiar, social e afetiva.

A Qualidade de Vida é um conceito multidimensional definido como uma avaliação própria, quer positiva quer negativa, de acontecimentos individuais que caracterizam a vida pessoal (Ferrell, Grant, Padilla, Vemuri, & Rhiner, 1991). Por seu lado a OMS define a Qualidade de Vida como a “*percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, p.28). Por ser multifacetada e multidisciplinar, a sua avaliação tem sido alvo de foco, com vista à sua melhor operacionalização e avaliação. Como exemplo, pode ser referido o questionário QLQ-C30, *Core Questionnaire of Quality of Life*, (Aaronson et al., 1993) da European Organization Research and Treatment of Cancer, que tem por objetivo compreender a qualidade de vida do indivíduo nas suas dimensões específicas, tratando-se de um constructo dinâmico e englobando os domínios físicos, psicológicos e sociais (Vaz-Serra, Canavarro, & Simões, 2006).

O Ajustamento Emocional contempla a capacidade, vontade e resistência de um indivíduo em se adaptar a condições inesperadas ao longo do seu ciclo de vida. Badger e colegas (2004) indicaram que quanto maior a qualidade de vida e o ajustamento emocional, menor se apresenta a sintomatologia depressiva, reduzindo o impacto negativo das doenças. Por isso, é de salientar a importância que este conceito tem, não só no dia-a-dia, mas sobretudo em momentos tidos como negativos, como é o caso o diagnóstico de uma doença oncológica (Green, Galvin & Horne, 2003). Embora o processo de ajustamento possa variar de acordo com as características da paciente, da doença e com o desenvolvimento da mesma (Hewitt, Devesa, & Breen, 2004) os estudos evidenciam que a maioria das mulheres é resiliente (Massie & Shakin, 1993), conseguindo-se adaptar bem e gerir as exigências psicológicas, físicas e sociais.

Apesar destes indicadores, os estudos neste âmbito são escassos, não só pela dificuldade inerentes à operacionalização de variáveis, mas também decorrente da sensibilidade associada à temática, da especificidade da população e do número de sobreviventes de cancro. Deste modo, foca-se a necessidade do desenvolvimento de estudos que contribuam para o avanço da construção do conhecimento nesta área.

Objetivos

O presente projeto tem subjacente o reconhecimento da escassez de literatura relativa aos efeitos do cancro ginecológico e mama na paciente, especificamente referente à qualidade de vida e ao ajustamento emocional. Pretende-se caracterizar e analisar a associação entre varias variáveis numa amostra de mulheres sobreviventes de cancro ginecológico e mama relativamente à sua qualidade de vida, ao ajustamento emocional e psicológico. Pretende-se também identificar as variáveis que mais contribuíram para a diminuição da qualidade de vida e ajustamento emocional. Em termos gerais, com este estudo é objetivado contribuir para as investigações seguintes nesta área, bem como ajudar na delineação de programas de apoio psicossomático durante o diagnóstico e tratamento da doença oncológica.

Metodologia

Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi composta por pacientes diagnosticadas com cancro ginecológico ou cancro da mama, que frequentaram as Consultas Externas do Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia-Francisco Gentil em Coimbra (IPOCFG,E.P.E.) e que responderam voluntariamente aos questionários em baixo descritos, entrevistadas pessoalmente para o primeiro questionário e muitas conseguiram responderem aos restantes questionários em regime de auto-resposta, tendo estado próxima, no caso de dúvidas. O número total de mulheres entrevistadas foram 100, no período de cinco meses de 2014, tendo sido consideradas completas 75 das 100 entrevistas.

A seleção dos participantes foi feita segundo a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, sendo constituída por 75 mulheres, com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos ($M=53.59$, $DP=12.43$) (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra.

		N	%
Idade	30-39	11	14.7
	40-49	18	24
	50-59	22	29.3
	60-69	16	21.3
	> 70	8	10.7
	Total	75	100
Estado Civil	Solteira	6	8
	Casada/União de facto	54	72
	Separada/Divorciada/Viúva	15	20
	Total	75	100

Agregado Familiar	Vive sozinha	10	13.3
	Vive com parceiro	25	33.3
	Vive com familiares	40	53.3
	Total	75	100
Escolaridade	Analfabeta	1	1.3
	Sabe ler/escrever	5	6.7
	1º Ciclo	26	34.7
	2º Ciclo	5	6.7
	3º Ciclo	11	14.7
	Ensino Secundário	12	15.9
	Ensino Profissional	1	1.3
	Ensino Superior	14	18.7
	Total	75	100

Evidenciou-se que 72% das mulheres eram casadas e que embora 86,6% vivessem acompanhadas, **54.3%** expressaram a necessidade de assistência profissional por ansiedade e/ou depressão. Da amostra total, 78,7% das participantes não tinham antecedentes familiares destes cancros, destas 78,7%-- 64% são referentes a carcinoma da mama. Verificou-se, tal como na literatura mundial, que o segundo carcinoma ginecológico mais frequente é o do colo do útero seguido por carcinoma de endométrio. É importante referir que 48% das participantes foram diagnosticadas nos últimos cinco anos (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Características Clínicas da Amostra.

		N	%
Diagnóstico	Colo do Útero	15	20
	Endométrio	9	12
	Ovário	3	4
	Mama	48	64
	Total	75	100
Ano de Diagnóstico	< 5	36	48
	5-10	18	24
	> 10	10	13.3
	Missing	11	14.7
	Total	75	100
Necessidade de Acompanhamento Psicológico	Ansiedade	19	25.3
	Depressão	7	9.3
	Ansiedade e Depressão	15	20
	Nenhum	34	45.3
	Total	75	100

Instrumentos

Para avaliar a QdV, foi utilizada a versão portuguesa do questionário Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993), da European Organization for Research and Treatment of Cancer, validado para a população portuguesa pela equipa de Pais-Ribeiro (2008). Este questionário, específico para

avaliar a QdV na população oncológica, revela boas propriedades psicométricas, sendo mundialmente utilizado em vários estudos (Jordhøy et al., 2001). O instrumento é constituído por 30 itens: cinco subescalas de funcionamento (física, funcional, cognitivo, emocional e social); uma subescala de saúde global/QdV; três subescalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vómitos); itens únicos para a avaliação de sintomas adicionais comumente relatados por pacientes com cancro (dispneia, perda de apetite, distúrbios do sono, constipação e diarreia); e um item relacionado com o impacto financeiro percebido do cancro e seu tratamento. No caso das escalas de funcionamento, uma pontuação elevada representa um funcionamento mais saudável. Também na escala de saúde global e QdV os resultados mais elevados demonstram uma maior qualidade de vida. Por outro lado, nas escalas e itens de sintomas, uma pontuação elevada representa a presença de mais sintomatologia. Este instrumento apresenta uma boa consistência interna, segundo o coeficiente *alfa* de Cronbach, nas diferentes subescalas, o qual se situa entre 0.74 e 0.88, à exceção da subescala de capacidade cognitiva, que apresenta 0.57. Foram ainda utilizados os suplementos específicos para o cancro da Mama (Breast) (QLQ-BR23), Colo do Útero (Cervix) (QLQ-CX24) e Ovário (Ovarian) (QLQ-OV28). Não foi utilizado o suplemento de cancro do endométrio (QLQ-EN24) por não se encontrar, presentemente traduzido para português, tendo-se optado por usar o suplemento do ovário, às sobreviventes de cancro do endométrio, por ser o questionário mais semelhante.

O módulo QLQ-BR23 é composto por 23 itens, agrupados em: duas subescalas multi-item de funcionamento (imagem corporal e funcionamento sexual); dois itens isolados de funcionamento (prazer sexual e perspectiva de futuro); três subescalas multi-item de sintomas (efeitos secundários do tratamento, sintomas mamários e sintomas do braço); e um item isolado de preocupação com a queda de cabelo.

O módulo QLQ-CX24 contém 24 itens que constituem: uma subescala multi-item de sintomatologia; três itens isolados de sintomas (linfedema, neuropatia periférica, e sintomas da menopausa); duas subescalas multi-item de funcionamento (imagem corporal e funcionamento sexual/vaginal); e três itens isolados relacionados com a sexualidade (preocupação, prazer e atividade sexual).

O módulo QLQ-OV28 é constituído por 28 itens que compõem oito subescalas multi-item, nomeadamente: sintomas abdominais/gastrointestinais, neuropatia periférica, sintomas hormonais, imagem corporal, atitude face à doença e ao tratamento, efeitos secundários do tratamento, outros sintomas, e sexualidade.

Para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, foi utilizada a versão portuguesa do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Esta escala foi validada pela equipa de Pais-Ribeiro (2007) e é constituída por 14 questões que se dividem em duas subescalas (ansiedade e depressão) de sete itens cada, em que resultados mais elevados indicam um maior nível de *distress* emocional. Este instrumento adequa-se aos objetivos do estudo, uma vez que os itens foram trabalhados de forma a excluir os sintomas que pudessem ser decorrentes da doença física (exemplo, perda de apetite ou perturbações do sono). Este questionário apresenta valores favoráveis relativamente à consistência interna, verificados a partir do coeficiente alfa de Cronbach de 0.76 para a escala da ansiedade e 0.81 para a depressão.

Além destes questionários foi entregue o questionário sociodemográfico: idade, nacionalidade, estado civil, agregado familiar, escolaridade, profissão, antecedentes familiares, ano diagnóstico, local de tumor; incluindo-se aqui também: primeira reacção ao diagnóstico, reacção durante o tratamento, tipo tratamento, efeitos secundários, reacção após termino e anos seguintes, necessidade de acompanhamento e se anteriormente já tinham antecedentes de consultas de psiquiatria ou psicologia, o que permitiu a caracterização da amostra, e um consentimento informado (ver Anexos).

Procedimentos

O presente estudo é de tipo quantitativo, de natureza transversal, baseado na aplicação de questionários de autorresposta. O procedimento inicial incidiu no contacto direto com os elementos diretivos das Instituições: IPOFG-C-E.P.E, Dr. Manuel António Silva; Departamento de Formação - Dr.^a Regina Silva, Dr.^a Manuela Valente; Comissão Ética - Dr. Jorge Martins; e Diretor de Serviço - Dr. José Luís Sá. Após o pedido das referidas autorizações, o estudo foi devidamente autorizado pelas entidades competentes (ver Anexos). Foram dados a conhecer os objetivos da investigação, e entregues os instrumentos de avaliação, juntamente com um formulário de consentimento informado e um o questionário sociodemográfico. A confidencialidade dos dados foi assegurada pela atribuição de um código numérico aleatório a cada protocolo.

Foi utilizado o pacote estatístico SPSS, v.19, para proceder ao tratamento dos dados. A análise estatística utilizada para a caracterização da amostra constou na análise descritiva, com o cálculo das frequências, médias, desvios padrão e percentagens das

variáveis sociodemográficas e clínicas. Procedeu-se também ao cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman, para as variáveis ordinais, tendo como propósito verificar a existência de correlação entre as subescalas de ansiedade e depressão da HADS e as várias escalas de funcionamento e de sintomas do QLQ-C30 e respetivos suplementos.

Resultados

As correlações entre as variáveis em estudo são apresentadas nas seguintes tabelas. Tabela 1 e 2 descritas em cima. Como se pode verificar na Tabela 3 a Ansiedade correlacionou-se *negativamente*, de forma estatisticamente significativa, com a Qualidade de Vida ($r = -0.357$, $p < 0.01$) e com o Ajustamento Emocional ($r = -0.525$, $p < 0.01$).

A depressão apresentou correlações negativas significativas como o ajustamento emocional ($r = -0.525$, $p < 0.01$), a capacidade funcional ($r = -0.512$, $p < 0.01$), a qualidade de vida em geral ($r = -0.500$, $p < 0.01$), a capacidade física ($r = -0.386$, $p < 0.01$) e a capacidade cognitiva ($r = -0.301$, $p < 0.01$).

Tabela 3 – Correlação entre as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de funcionamento do QLQ-C30.

	GH_QOL	PF/CFi	RF/CFu	EF/emoc	CF	SF/Soc
Ansiedade	-0.357**	-0.160	-0.220	-0.525**	-0.100	-0.129
Depressão	-0.500**	-0.386**	-0.512**	-0.525**	-0.301**	-0.129

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

GH_QOL= global health status/quality of life - saúde geral e qualidade de vida-QdV

PF= physical functioning – capacidade física

RF= role functioning – capacidade funcional

EF= emotional functioning – capacidade emocional

CF= cognitive functioning – capacidade cognitiva

SF= social functioning – capacidade social

Através da leitura da Tabela 4, verificou-se que a ansiedade *não* se correlacionou significativamente com qualquer das variáveis descritas na referida tabela. A depressão, por sua vez, mostrou correlacionar-se, significativa e positivamente, com a dor ($r = 0.423$, $p < 0.01$), fadiga ($r = 0.368$, $p < 0.01$), insónia ($r = 0.339$, $p < 0.01$), obstipação ($r = 0.327$, $p < 0.01$) e dificuldades financeiras ($r = 0.229$, $p < 0.05$).

Tabela 4 – Correlação entre as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de Sintomatologia do QLQ-C30.

	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
Ansiedade	0.146	0.031	-0.004	-0.066	0.185	0.150	0.057	-0.096	0.212
Depressão	0.368**	0.139	0.423**	0.014	0.339**	0.123	0.327**	0.083	0.229*

** p < 0.01

* p < 0.05

FA= fatigue - fadiga

NV= nausea and vomiting - náuseas e vômitos

PA= pain - dor

DY= dyspnoea - dispneia

SL= insomnia - insónia

AP= appetite loss - perda de apetite

CO= constipation - obstipação

DI= diarrhoea - diarreia

FI= financial difficulties - dificuldades financeiras

Na Tabela 5, referente às sobreviventes de cancro da mama, são apresentadas as correlações entre a ansiedade e a depressão e as dimensões de funcionamento e sintomatologia do QLQ-BR23. Verificou-se que a ansiedade correlacionou-se, significativamente, mas de forma negativa com as perspetivas de futuro ($r = -0.472$, $p < 0.01$), a imagem corporal ($r = -0.375$, $p < 0.01$) e o funcionamento sexual ($r = -0.288$, $p < 0.05$). A depressão correlacionou-se também negativamente, de forma estatisticamente significativa, com a imagem corporal ($r = -0.500$, $p < 0.01$), as perspetivas futuras ($r = -0.452$, $p < 0.01$), o funcionamento sexual ($r = -0.300$, $p < 0.05$), a satisfação sexual ($r = -0.278$, $p < 0.05$), a sintomatologia a nível da mama ($r = 0.348$, $p < 0.05$), sintomas referentes ao movimento do braço ($r = 0.359$, $p < 0.05$) e efeitos secundários dos tratamentos ($r = 0.288$, $p < 0.01$).

Tabela 5 – Correlação entre as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões de Funcionamento e Sintomatologia do QLQ-BR23.

	BI	SEF	SEE	FU	ST	BS	AS	HL
Ansiedade	-0.375**	-0.288*	-0.091	-0.472**	0.106	0.224	0.077	-0.086
Depressão	-0.500**	-0.300*	-0.278	-0.452**	0.288*	0.348*	0.359*	-0.264

** p < 0.01

* p < 0.05

BI= body image - imagem corporal.

AS= arm symptoms - sintomas a nível de braço.

HL= hair loss - preocupação com a queda de cabelo

SEF= sexual function-funcionamento sexual

SEE= sexual enjoyment - satisfação sexual

BS= breast symptoms - sintomas a nível de mama

FU= future perspectives-perspectiva de futuro

ST= systemic therapy side effects- efeitos secund. do tratamento

Na Tabela 6, apresentam-se as correlações das variáveis idade e escolaridade com ansiedade e depressão. Verificou-se que a idade correlacionou-se, positiva e significativamente, com a depressão ($r = 0.318$, $p < 0.01$) e com a capacidade social ($r = 0.238$, $p < 0.05$). Por outro lado, ainda ao nível da idade, verificaram-se correlações significativas negativas com a qualidade de vida ($r = -0.228$, $p < 0.05$) e a capacidade física ($r = -0.228$, $p < 0.05$).

A escolaridade correlacionou-se, significativamente, de forma negativa com a depressão ($r = -0.506$, $p < 0.01$), e de forma positiva com a qualidade de vida ($r = 0.414$, $p < 0.01$), capacidade funcional ($r = 0.329$, $p < 0.01$) e a capacidade física ($r = 0.245$, $p < 0.01$).

Tabela 6 – Correlação entre as variáveis demográficas Idade e Escolaridade, e as subescalas de Ansiedade e Depressão (HADS) e as dimensões do QLQ-C30.

	A	D	GH_QOL	PF	RF	EF	CF	SF
Idade	0.025	0.318**	-0.228*	-0.151	-0.172	-0.006	0.037	0.238*
Escolaridade	-0.215	-0.506**	0.414**	0.245*	0.329**	0.227	0.182	-0.121

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

A= Ansiedade, D=Depressão

GH-QOL= global health status/quality of life - saúde geral e qualidade de vida

PF= physical functioning – capacidade física

RF= role functioning – capacidade funcional

EF= emotional functioning – capacidade emocional

CF= cognitive functioning – capacidade cognitiva

SF= social functioning – capacidade social

Na Tabela 7, o único parâmetro estatisticamente significativo foi a dimensão da *dor*, com uma correlação positiva com *idade* ($r = 0.305$, $p < 0.01$) e negativa com a *escolaridade* ($r = -0.373$, $p < 0.01$).

Tabela 7 – Correlação entre as variáveis demográficas Idade e Escolaridade, e as dimensões de Sintomatologia do QLQ-C30.

	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
Idade	0.073	-0.047	0.305**	-0.084	-0.001	-0.113	0.079	0.087	-0.226
Escolaridade	-0.189	-0.089	-0.373**	0.071	-0.158	-0.107	-0.071	-0.183	-0.037

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

FA= fatigue - fadiga

NV= nausea and vomiting - náuseas e vômitos

PA= pain - dor

DY= dyspnoea - dispneia

SL= insomnia - insónia

AP= appetite loss - perda de apetite

CO= constipation - obstipação

DI= diarrhoea - diarreia

FI= financial difficulties - dificuldades financeiras

A Tabela 8, que é referente ao grupo de sobreviventes de mama, mostra que a *idade* correlacionou-se significativa e negativamente com o *funcionamento sexual* ($r = -0.594$, $p < 0.01$) e a *satisfação sexual* ($r = -0.516$, $p < 0.05$), e positivamente com os sintomas ao *nível do movimento do braço* operado ($r = 0.345$, $p < 0.05$).

A escolaridade relacionou-se positivamente com o *funcionamento sexual* ($r = 0.513$, $p < 0.01$), e com a *satisfação sexual* ($r = 0.510$, $p < 0.01$) e negativamente com os *sintomas a nível da mama* ($r = -0.382$, $p < 0.01$).

Tabela 8 – Correlação entre variáveis demográficas idade e escolaridade e as dimensões de *Funcionamento e Sintomatologia* do QLQ-BR23.

	BI	SEF	SEE	FU	ST	BS	AS	HL
Idade	0.064	-0.594**	-0.516**	-0.016	0.024	0.092	0.345*	-0.369
Escolaridade	0.015	0.513**	0.510**	0.201	-0.232	-0.382**	-0.287	0.341

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

BI= body image - imagem corporal

SEF= sexual function-funcionamento sexual

SEE= sexual enjoyment - satisfação sexual

FU= future perspectives-perspectiva de futuro

ST= systemic therapy side effects- efeitos secundários do tratamento

BS= breast symptoms - sintomas a nível de mama

AS= arm symptoms - sintomas a nível de braço

HL= hair loss - preocupação com a queda de cabelo

Discussão

Procedeu-se à análise de dados, referentes a amostra de grupo de mulheres, sobreviventes de cancro ginecológico e mama relativamente à sua qualidade de vida e ao ajustamento emocional/psicológico durante o diagnóstico, tratamento e sobrevida da doença. Deste modo, procedeu-se à revisão das tabelas correlacionando as diversas subescalas dos instrumentos aplicados, uma vez que a avaliação destes parâmetros só é possível com o recurso a questionários para se proceder à sua quantificação (Diener & Suh, 2000). As Tabelas 1 e 2 caracterizaram a distribuição sociodemográfica da amostra, verificando-se que a idade média foi de 53.59 anos. Após a análise dos resultados, e em termos descritivos, verificou-se que, embora 86.6% da população desta amostra vivesse acompanhada, e 35.1% pertencesse a um grupo com escolaridade mais diferenciada, mais de metade das participantes (**54.3%**) referiu a necessidade de apoio adicional e personalizado, pelos técnicos de saúde e educação. Quanto à distribuição segundo os tipos de cancro, verificou-se uma percentagem maior de cancro da mama

(64%) seguido de cancro do colo do útero (20%), o que está de acordo com a literatura mundial (Siegel et al., 2014; Virtue et al., 2014).

Os dados mostraram que a depressão teve um impacto **negativo** na qualidade de vida global, capacidade física, capacidade funcional no dia-a-dia, ajustamento emocional e capacidade cognitiva. A experiência de ansiedade por sua vez também está associada, significativamente, a menores níveis de qualidade de vida global e ajustamento emocional. Considerando estes resultados, evidencia-se que quanto mais deprimidas e ansiosas se encontram as pacientes, menos qualidade de vida e ajustamento emocional estas apresentam. Estes resultados estão de encontro com as conclusões de Badger e colaboradores (2004) que indicaram que quanto maior a qualidade de vida e ajustamento emocional menor sintomatologia depressiva, reduzindo assim o impacto negativo das doenças. Deste modo, é de salientar a importância que estes constructos têm, não só no dia-a-dia da paciente, mas sobretudo em momentos de adversidade, tal como o diagnóstico de uma doença oncológica (Green et al., 2003). Mais ainda, tem sido explorado que as doentes deprimidas exibem mais dificuldades nas suas funções múltiplas e têm pior qualidade de vida (Kornblith & Ligibel, 2003). Na prática clínica este conceito também se aplica, uma vez que as pacientes com mais sintomas depressivos reagem menos, apresentam menos motivação, menos *força de viver* e aderem menos às terapêuticas instituídas – uma vez que consideram que *não vale o esforço*, tornando-se fundamental que os clínicos e psicólogos estejam atentos para identificarem e intervirem neste grupo de pacientes.

Os dados revelaram que não existiu uma relação significativa entre a ansiedade e a sintomatologia. Verificou-se que 25.3% da amostra referiu a experiência de ansiedade associada à sintomatologia da doença e às terapêuticas, o que vem de acordo com Hewitt e colegas (2004) que concluí que a maioria das mulheres é resiliente e se consegue adaptar às exigências psicológicas, físicas e sociais associadas ao diagnóstico (Massie & Shakin, 1993). Por outro lado, os valores encontrados entre a depressão e a fadiga, dor, insónias e obstipação foram significativos, depreendendo-se que, nesta amostra, quanto mais deprimidas as pacientes se encontram, maior a perceção sintomática. Herrero e colegas (2006) documentaram os sintomas que incluíam fadiga, alterações da capacidade funcional global, emocional, física e cognitiva estando diretamente correlacionados com a depressão.

Partindo da análise dos resultados associados à QLQ-C30, evidenciou-se uma associação negativa entre a ansiedade e a imagem corporal, funcionamento sexual,

satisfação sexual, e perspectivas de futuro. Estes dados foram de encontro com a literatura, uma vez que a ansiedade revelou associar-se a baixos níveis de autoconceito, esperança no futuro e funcionamento sexual, sendo estas áreas afetadas aquando do diagnóstico de cancro (Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996). A depressão está associada a baixos níveis de imagem corporal, funcionamento sexual, satisfação sexual e perspectivas de futuro. Pelo contrário, a sintomatologia depressiva encontra-se relacionada com níveis mais elevados de sintomatologia referente aos efeitos secundários da terapêutica, da cirurgia, de falta mobilização do braço, dor no local da cirurgia da mama e à alopecia. Deste modo, sugere-se que as alterações psicológicas mencionadas, tais como a perceção negativa da imagem corporal e a perda de identidade sexual devido à amputação dos órgãos reprodutores, tornam-se causas comuns da rutura da sexualidade (Gilbert et al., 2011), trazendo um impacto negativo na vida da mulher – como é exemplo a experiência mais proeminente de sintomatologia depressiva. Estes factos estão em conformidade com outros autores, na medida em que evidenciaram a existência de mais dificuldades na interação nas várias facetas do quotidiano, devido ao nível de ansiedade, afetando a paciente no seu todo, como mulher, esposa, mãe e profissional (Hewitt, Herdman, & Holland, 2004). Na prática clínica verifica-se que as pacientes que apresentam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão têm uma necessidade acrescida de consultas necessitando de mais prescrições, tais como ansiolíticos, para gerirem o seu dia-a-dia. Tal vai de encontro com a literatura, sobressaindo que, quanto mais deprimida uma paciente se encontra, maior a dimensão da sintomatologia evidenciada – estando tal também vincado na prática clínica diária, dado que as pacientes com sintomas depressivos referem sintomas mais exacerbatantes (Levin et al., 2010).

Evidenciou-se, na presente amostra, que quanto maior a idade, menor é a qualidade de vida global e a capacidade física. Pacientes mais velhas tendem a exibir mais sintomas depressivos, apesar de apresentarem uma maior capacidade social. Considerados estes dados verificou-se que as pacientes com mais idade apresentam uma maior aceitação da situação e maturidade face à sua vivência, desconsiderando o impacto do aspeto físico. Por outro lado, estas pacientes apresentam mais sintomas depressivos, possivelmente decorrente da perspectiva de um fim de vida mais próximo (Lalos & Eisemann, 1999; Molassiotis, Chan, Yam, & Chan, 2000). A escolaridade correlacionou-se de forma negativa com a depressão e positivamente com a qualidade de vida global, capacidade física e capacidade funcional. Sugere-se que quanto maior a

escolaridade, menores são os níveis de depressão, provavelmente por as pacientes mais instruídas estarem mais esclarecidas, sentindo-se assim mais confiantes.

Verificou-se, também, que, quanto maior a idade das pacientes, maior a percepção da dor. Concomitantemente, quanto mais escolaridade as pacientes apresentam, menor é a sua percepção de dor. Tal poderá estar associado à própria preparação das pacientes, decorrente da sua instrução, podendo reduzir o impacto das dificuldades associadas à dor.

Os dados mostraram que, quanto maior é a idade das participantes, menor é o seu funcionamento e satisfação sexual, e maior é a percepção da sintomatologia referente ao braço. Deste modo, é sugerida uma maior suscetibilidade nas pacientes com maior idade a apresentarem dificuldades a nível sexual e sintomatológico. Por último, verificou-se que quanto maior é a escolaridade, maior é o funcionamento e satisfação sexual, e é menor a percepção sintomática do braço. Mais uma vez se sobressaiu o melhor funcionamento das pacientes mais instruídas.

Uma palavra sobre as pacientes com cancro do colo do útero, endométrio e ovário, dados que não foram considerados devido aos números pequenos nesta amostra. Estas mulheres embora tivessem referido várias queixas, tais como intestinais, colite radica, alterações vaginais, falta de funcionamento e satisfação sexual, referiram não ter imagem negativa do seu corpo, ao contrário das doentes com cancro da mama, isto porque a cirurgia embora radical, não é tão visivelmente mutilante. Este fator é confirmado na prática clínica diariamente com profissionais de saúde que trabalham com estas doentes.

Resumindo as conclusões obtidas, verificou-se que mais de metade das participantes da amostra referiu a necessidade de apoio profissional. Mais ainda, tornou-se notório o impacto negativo que a ansiedade e depressão tiveram na qualidade de vida e no ajustamento emocional. Em complemento, e de forma mais específica, denotou-se que a depressão também teve um impacto negativo na capacidade física, funcional e cognitiva; estando também associado à experiência de fadiga, dor, insónias e obstipação. Desta forma, conclui-se que quanto mais deprimidas as pacientes se apresentam, maior a sua percepção/queixas sintomáticas.

As pacientes com cancro da mama parecem apresentar um maior volume de queixas quando se encontram mais ansiosas. Em acréscimo, a depressão neste grupo, teve um impacto negativo na imagem corporal, funcionamento e satisfação sexual, perspectivas futuras, estando também associada a sintomas relacionados com a mama,

braço e efeitos secundários terapêuticos. A idade teve impacto negativo na qualidade de vida global, capacidade física, satisfação e funcionamento sexual; e positivo na depressão, capacidade social e percepção de sintomas. A escolaridade teve impacto negativo na depressão e percepção de sintomas; e positivo na qualidade de vida global capacidade física e funcional, função e satisfação sexual.

Esta investigação contribuiu para um melhor esclarecimento do papel da qualidade de vida e ajustamento emocional na vivência das pacientes com cancro ginecológico e mama. Deste modo, e considerando os presentes resultados, estão presentes importantes indicadores que nos fazem atender à vivência psicológica, social e emocional subjacente ao diagnóstico e tratamento, estando estas associadas a uma melhor qualidade de vida. Fatores como a instrução, idade e sintomatologia depressiva/ansiógena, podem ser preponderantes para uma melhor, e mais individualizada, atuação junto das pacientes – facto que irá permitir uma ação terapêutica mais eficaz e satisfatória para as mesmas.

Mesmo considerando todas as potencialidades, estamos conscientes das limitações dum estudo desta natureza, nomeadamente as dificuldades de acesso a pacientes em fases difíceis da sua vida, bem como a complexidade das variáveis em estudo, traduzindo-se assim, as limitações deste estudo na separação por idades, fases da doença e tipos de cancro não tendo sido possível entrar nesse detalhe em termos de análises. Como a amostra era bastante heterogénea pode ter inclusive condicionado o impacto de alguns resultados.

Uma nota referente às implicações e sugestões para a prática clínica e de investigação nesta área ainda pouco explorada: sensibilizar os hospitais e os seus técnicos de saúde e de educação para terem mais formação e interação no intuito de melhor acompanhar as suas pacientes de forma longitudinal e atendendo a todas as suas dimensões de vida, especificamente, desenvolvendo programas de intervenção psicológica para as mulheres que se apresentem mais vulneráveis a este nível.

Referências bibliográficas

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5),p365–376.

Allemani Claudia, Hannah K Weir, Helena Carreira, Rhea Harewood, Devon Spika, Xiao-Si Wang, Finian Bannon, Jane V Ahn, Christopher J Johnson, Audrey Bonaventure, Rafael Marcos-Gragera, Charles Stiller, Gulnar Azevedo e Silva, Wan-Qing Chen, Olufemi J Ogunbiyi, Bernard Rachet, Matthew J Soeberg, Hui You, Tomohiro Matsuda, Magdalena Bielska-Lasota, Hans Storm, Thomas C Tucker, Michel P Coleman, and the CONCORD Working Group*--Global surveillance of cancer survival 1995–2009: Analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) Published Online November 26, 2014.

Abu-Rustum, N. R., Zhou, Q., Gomez, J. D., Alektiar, K. M., Hensley, M. L., Soslow, R. A., Iasonos, A. (2010). A nomogram for predicting overall survival of women with endometrial cancer following primary therapy: Toward improving individualized cancer care. *Gynecologic Oncology*, 116(3), 399–403. 2009.11.027

Badger, T.A., Braden, C., Mishel, M.H., & Longman, A. J. (2004). Depression burden, psychological adjustment and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27, 19-28.

Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newman, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A., & Pierce, J. P. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13(9), 595-604.

Carter, J., Stabile, C., Gunn, A., & Sonoda, Y. (2013). The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 21–34.

Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508.

DeSantis, C., Ma, J., Bryan, L., & Jemal, A. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(1), 52–62.

Diener, E., & Suh, E. M. (2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. *Culture and Subjective Well-Being*, 3-12.

- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39(3), 261-273.
- Ferlay, J., Shin, H.-R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127(12), 2893–2917.
- Ferrell, B., Grant, M., Padilla, G., Vemuri, S., & Rhiner, M. (1991). The experience of pain and perceptions of quality of life: Validation of a conceptual model. *The Hospice Journal*, 7(3), 9–24.
- Flynn, K. E., Jeffery, D. D., Keefe, F. J., Porter, L. S., Shelby, R. A., Fawzy, M. R., Weinfurt, K. P. (2011). Sexual Functioning Along the Cancer Continuum: Focus Group Results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMISTM). *Psycho-Oncology*, 20(4), 378–386.
- Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42-57.
- Green, D., Galvin, H., & Horne, B. (2003). The psycho-social impact of infertility on young-male-cancer-survivors:a-qualitative-investigation. *Psycho-Oncology*, 12(2), 141-152.
- Herrero, F., San Juan, A. F., Fleck, S. J., Balmer, J., Perez, M., Canete, S., ... & Lucia, A. (2006). Combined aerobic and resistance training in breast cancer survivors: A randomized, controlled pilot trial. *International Journal Of Sports Medicine*, 27(7), 573-580.
- Hewitt, M. E., Herdman, R., & Holland, J. C. (2004). Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. *National Cancer Policy*.
- Hewitt, M., Devesa, S. S., & Breen, N. (2004). Cervical cancer screening among US women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Preventive Medicine*, 39(2), 270-278.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69–90.
- Jemal, A., Center, M. M., DeSantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology*,

Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 19(8), 1893–1907.

Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. (2008). Cancer statistics, 2008. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 58(2), 71-96.

Jordhøy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of life in advanced cancer patients: the impact of sociodemographic and medical characteristics. *British journal of cancer*, 85(10), 1478.

Knobf, M. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars In Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.

Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*. 30(6), 799-813.

Lalos, A., & Eisemann, M. (1999). Social interaction and support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 7(2), 75–78.

Levin, A. O., Carpenter, K. M., Fowler, J. M., Brothers, B. M., Andersen, B. L., & Maxwell, G. L. (2010). Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*, 20, 461-70.

Massie, M. J., & Shakin, E. J. (1993). Management of depression and anxiety in cancer patients. *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*, 25(1).

Molassiotis, A., Chan, C. W. H., Yam, B. M. C., & Chan, S. J. (2000). Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers. *Supportive Care in Cancer*, 8(5), 414–422.

Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.

Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Rock, C. L., Michael, C. W., Reynolds, R. K., & Ruffin, M. T. (2000). Prevention of cervix cancer. *Critical Reviews in Oncology/hematology*, 33(3), 169–185.
- Siegel, R., Ma, J., Zou, Z., & Jemal, A. (2014). Cancer statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(1), 9–29. doi:10.3322/caac.21208
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2013). Cancer statistics, 2013. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 11–30. doi:10.3322/caac.21166
- Tomich, P. L., Helgeson, V. S., & Nowak, E. J. (2005). The benefits and costs of breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psycho-Oncology*, 14, 307-317.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., & Simões, M. R. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal.
- Virtue, S. M., Manne, S. L., Ozga, M., Kissane, D. W., Rubin, S., Heckman, C., ... & Graff, J. J. (2014). Cancer-Related Concerns Among Women With a New Diagnosis of Gynecological Cancer: An Exploration of Age Group Differences. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(1), 165-171.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

QUALIDADE DE VIDA

		Correlations																
		EADH_ansieda de	EADH_depress ão	QLQ_GH_QoL	QLQ_PF	QLQ_RF	QLQ_EF	QLQ_CF	QLQ_SF	QLQ_FA	QLQ_NV	QLQ_PA	QLQ_DY	QLQ_SL	QLQ_AP	QLQ_CO	QLQ_DI	QLQ_FI
EADH_ansiedade	Pearson Correlation	1	,625**	-,357**	-,160	-,220	-,525**	-,100	-,129	,146	,031	-,004	-,066	,185	,150	,057	-,096	,212
	Sig. (2-tailed)		,000	,002	,171	,057	,000	,393	,271	,210	,789	,974	,574	,112	,200	,624	,412	,068
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
EADH_depressão	Pearson Correlation	,625**	1	-,500**	-,386**	-,512**	-,525**	-,301**	-,178	,368**	,139	,423**	,014	,339**	,123	,327**	,083	,229*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,001	,000	,000	,009	,127	,001	,236	,000	,908	,003	,292	,004	,478	,048
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_GH_QoL	Pearson Correlation	-,357**	-,500**	1	,396**	,624**	,441**	,427**	,202	-,551**	-,305**	-,495**	-,141	-,366**	-,268*	-,268*	-,024	-,285*
	Sig. (2-tailed)	,002	,000		,000	,000	,000	,000	,083	,000	,008	,000	,227	,001	,020	,020	,840	,013
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_PF	Pearson Correlation	-,160	-,386**	,396**	1	,627**	,419**	,518**	,100	-,648**	-,357**	-,642**	-,365**	-,344**	-,406**	-,266*	-,085	-,210
	Sig. (2-tailed)	,171	,001	,000		,000	,000	,000	,393	,000	,002	,000	,001	,003	,000	,021	,467	,070
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_RF	Pearson Correlation	-,220	-,512**	,624**	,627**	1	,547**	,565**	,207	-,744**	-,397**	-,686**	-,344**	-,501**	-,272*	-,278*	-,130	-,327**
	Sig. (2-tailed)	,057	,000	,000	,000		,000	,000	,074	,000	,000	,000	,003	,000	,018	,016	,266	,004
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_EF	Pearson Correlation	-,525**	-,525**	,441**	,419**	,547**	1	,654**	,487**	-,598**	-,440**	-,419**	-,372**	-,476**	-,467**	-,307**	-,238*	-,427**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,007	,040	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_CF	Pearson Correlation	-,100	-,301**	,427**	,518**	,565**	,654**	1	,565**	-,654**	-,495**	-,467**	-,571**	-,463**	-,547**	-,287*	-,283*	-,553**
	Sig. (2-tailed)	,393	,009	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,014	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_SF	Pearson Correlation	-,129	-,178	,202	,100	,207	,487**	,565**	1	-,321**	-,409**	-,147	-,538**	-,348**	-,346**	-,054	-,279*	-,677**
	Sig. (2-tailed)	,271	,127	,083	,393	,074	,000	,000		,005	,000	,210	,000	,002	,002	,646	,015	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_FA	Pearson Correlation	,146	,368**	-,551**	-,648**	-,744**	-,598**	-,654**	-,321**	1	,536**	,694**	,385**	,586**	,574**	,287*	,219	,421**
	Sig. (2-tailed)	,210	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,005		,000	,000	,001	,000	,000	,013	,060	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_NV	Pearson Correlation	,031	,139	-,305**	-,357**	-,397**	-,440**	-,495**	-,409**	,536**	1	,424**	,481**	,317**	,712**	,133	,328**	,307**
	Sig. (2-tailed)	,789	,236	,008	,002	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,006	,000	,255	,004	,007
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_PA	Pearson Correlation	-,004	,423**	-,495**	-,642**	-,686**	-,419**	-,467**	-,147	,694**	,424**	1	,279*	,526**	,275*	,446**	,119	,206
	Sig. (2-tailed)	,974	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,210	,000	,000		,015	,000	,017	,000	,310	,076
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_DY	Pearson Correlation	-,066	,014	-,141	-,365**	-,344**	-,372**	-,571**	-,538**	,385**	,481**	,279*	1	,306**	,426**	,058	,257*	,470**
	Sig. (2-tailed)	,574	,908	,227	,001	,003	,001	,000	,000	,001	,000	,015		,008	,000	,623	,026	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_SL	Pearson Correlation	,185	,339**	-,366**	-,344**	-,501**	-,476**	-,463**	-,348**	,586**	,317**	,526**	,306**	1	,255*	,328**	,183	,377**
	Sig. (2-tailed)	,112	,003	,001	,003	,000	,000	,000	,002	,000	,006	,000	,008		,027	,004	,116	,001
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75

QLQ_AP	Pearson Correlation	,150	,123	-,268*	-,406**	-,272*	-,467**	-,547**	-,346**	,574**	,712**	,275*	,426**	,255*	1	,110	,089	,341**
	Sig. (2-tailed)	,200	,292	,020	,000	,018	,000	,000	,002	,000	,000	,017	,000	,027		,348	,448	,003
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_CO	Pearson Correlation	,057	,327**	-,268*	-,266*	-,278*	-,307**	-,287*	-,054	,287*	,133	,446**	,058	,328**	,110	1	,144	,057
	Sig. (2-tailed)	,624	,004	,020	,021	,016	,007	,013	,646	,013	,255	,000	,623	,004	,348		,218	,628
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_DI	Pearson Correlation	-,096	,083	-,024	-,085	-,130	-,238*	-,283*	-,279*	,219	,328**	,119	,257*	,183	,089	,144	1	,233*
	Sig. (2-tailed)	,412	,478	,840	,467	,266	,040	,014	,015	,060	,004	,310	,026	,116	,448	,218		,044
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
QLQ_FI	Pearson Correlation	,212	,229*	-,285*	-,210	-,327**	-,427**	-,553**	-,677**	,421**	,307**	,206	,470**	,377**	,341**	,057	,233*	1
	Sig. (2-tailed)	,068	,048	,013	,070	,004	,000	,000	,000	,000	,007	,076	,000	,001	,003	,628	,044	
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

SUPLEMENTO MAMA

Correlations											
		EADH_ansieda de	EADH_depress ão	BRBI	BRSEF	BRSEE	BRFU	BRST	BRBS	BRAS	BRHL
EADH_ansiedade	Pearson Correlation	1	,625**	-,375**	-,288*	-,091	-,472**	,106	,224	,077	-,086
	Sig. (2-tailed)		,000	,009	,047	,650	,001	,473	,126	,602	,695
	N	75	75	47	48	27	48	48	48	48	23
EADH_depressão	Pearson Correlation	,625**	1	-,500**	-,300*	-,278	-,452**	,288*	,348*	,359*	-,264
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,038	,161	,001	,048	,015	,012	,223
	N	75	75	47	48	27	48	48	48	48	23
BRBI	Pearson Correlation	-,375**	-,500**	1	,248	,506**	,393**	-,089	-,253	-,127	-,125
	Sig. (2-tailed)	,009	,000		,092	,008	,006	,552	,086	,396	,571
	N	47	47	47	47	26	47	47	47	47	23
BRSEF	Pearson Correlation	-,288*	-,300*	,248	1	,856**	,233	-,169	-,233	-,373**	,066
	Sig. (2-tailed)	,047	,038	,092		,000	,111	,250	,112	,009	,764
	N	48	48	47	48	27	48	48	48	48	23
BRSEE	Pearson Correlation	-,091	-,278	,506**	,856**	1	,233	-,108	-,046	-,354	-,097
	Sig. (2-tailed)	,650	,161	,008	,000		,242	,593	,821	,070	,741
	N	27	27	26	27	27	27	27	27	27	14
BRFU	Pearson Correlation	-,472**	-,452**	,393**	,233	,233	1	-,176	-,267	-,180	,062
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,006	,111	,242		,232	,066	,222	,780
	N	48	48	47	48	27	48	48	48	48	23
BRST	Pearson Correlation	,106	,288*	-,089	-,169	-,108	-,176	1	,475**	,507**	,311
	Sig. (2-tailed)	,473	,048	,552	,250	,593	,232		,001	,000	,149
	N	48	48	47	48	27	48	48	48	48	23
BRBS	Pearson Correlation	,224	,348*	-,253	-,233	-,046	-,267	,475**	1	,590**	,046
	Sig. (2-tailed)	,126	,015	,086	,112	,821	,066	,001		,000	,836
	N	48	48	47	48	27	48	48	48	48	23
BRAS	Pearson Correlation	,077	,359*	-,127	-,373**	-,354	-,180	,507**	,590**	1	-,155
	Sig. (2-tailed)	,602	,012	,396	,009	,070	,222	,000	,000		,482
	N	48	48	47	48	27	48	48	48	48	23
BRHL	Pearson Correlation	-,086	-,264	-,125	,066	-,097	,062	,311	,046	-,155	1
	Sig. (2-tailed)	,695	,223	,571	,764	,741	,780	,149	,836	,482	
	N	23	23	23	23	14	23	23	23	23	23

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

SUPLEMENTO OVARIO

		Correlations								
		EADH_ansieda de	EADH_depress ão	OVAB	OVPN	OVHO	OVBI	OVADT	OVCH	OVOSI
EADH_ansiedade	Pearson Correlation	1	,625**	-,176	,304	,448	,334	,348	,316	-1,000**
	Sig. (2-tailed)		,000	,604	,363	,167	,316	,294	,345	.
	N	75	75	11	11	11	11	11	11	2
EADH_depressão	Pearson Correlation	,625**	1	,312	,752**	,756**	,531	,588	,768**	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000		,350	,008	,007	,093	,057	,006	.
	N	75	75	11	11	11	11	11	11	2
OVAB	Pearson Correlation	-,176	,312	1	,655*	,246	,179	,149	,748**	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,604	,350		,029	,466	,598	,662	,008	.
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	2
OVPN	Pearson Correlation	,304	,752**	,655*	1	,361	,248	,232	,805**	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,363	,008	,029		,275	,463	,493	,003	.
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	2
OVHO	Pearson Correlation	,448	,756**	,246	,361	1	,807**	,873**	,676*	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,167	,007	,466	,275		,003	,000	,022	.
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	2
OVBI	Pearson Correlation	,334	,531	,179	,248	,807**	1	,965**	,644*	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,316	,093	,598	,463	,003		,000	,033	.
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	2
OVADT	Pearson Correlation	,348	,588	,149	,232	,873**	,965**	1	,606*	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,294	,057	,662	,493	,000	,000		,048	.
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	2
OVCH	Pearson Correlation	,316	,768**	,748**	,805**	,676*	,644*	,606*	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,345	,006	,008	,003	,022	,033	,048		.
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	2
OVOSI	Pearson Correlation	-1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

SUPLEMENTO COLO UTERO

		Correlations									
		EADH_ansieda de	EADH_depress ão	CXSE	CXBI	CXSVF	CXLYM	CXPN	CXSW	CXSA	CXSEN
EADH_ansiedade	Pearson Correlation	1	,625**	-,013	,232	,588	,070	,105	,299	,368	,105
	Sig. (2-tailed)		,000	,964	,405	,126	,805	,709	,279	,177	,804
	N	75	75	15	15	8	15	15	15	15	8
EADH_depressão	Pearson Correlation	,625**	1	-,407	-,290	-,331	,138	-,005	-,249	,622*	,620
	Sig. (2-tailed)	,000		,133	,295	,424	,623	,986	,371	,013	,101
	N	75	75	15	15	8	15	15	15	15	8
CXSE	Pearson Correlation	-,013	-,407	1	,612*	,694	,274	,528*	,726**	-,337	-,270
	Sig. (2-tailed)	,964	,133		,015	,056	,323	,043	,002	,219	,518
	N	15	15	15	15	8	15	15	15	15	8
CXBI	Pearson Correlation	,232	-,290	,612*	1	,954**	-,320	,250	,480	-,405	-,613
	Sig. (2-tailed)	,405	,295	,015		,000	,245	,370	,070	,134	,106
	N	15	15	15	15	8	15	15	15	15	8
CXSVF	Pearson Correlation	,588	-,331	,694	,954**	1	,160	,316	,887**	-,436	-,492
	Sig. (2-tailed)	,126	,424	,056	,000		,705	,446	,003	,280	,216
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
CXLYM	Pearson Correlation	,070	,138	,274	-,320	,160	1	,169	,371	,101	,290
	Sig. (2-tailed)	,805	,623	,323	,245	,705		,548	,174	,719	,485
	N	15	15	15	15	8	15	15	15	15	8
CXPN	Pearson Correlation	,105	-,005	,528*	,250	,316	,169	1	,254	-,363	-,073
	Sig. (2-tailed)	,709	,986	,043	,370	,446	,548		,360	,184	,864
	N	15	15	15	15	8	15	15	15	15	8
CXSW	Pearson Correlation	,299	-,249	,726**	,480	,887**	,371	,254	1	-,217	-,372
	Sig. (2-tailed)	,279	,371	,002	,070	,003	,174	,360		,436	,365
	N	15	15	15	15	8	15	15	15	15	8
CXSA	Pearson Correlation	,368	,622*	-,337	-,405	-,436	,101	-,363	-,217	1	,747*
	Sig. (2-tailed)	,177	,013	,219	,134	,280	,719	,184	,436		,033
	N	15	15	15	15	8	15	15	15	15	8
CXSEN	Pearson Correlation	,105	,620	-,270	-,613	-,492	,290	-,073	-,372	,747*	1
	Sig. (2-tailed)	,804	,101	,518	,106	,216	,485	,864	,365	,033	
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).